

**Montailloux VTT Club – Bulletin d'ADHESION 2019**  
**Non pratiquant uniquement**

Catégorie	Adulte <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> adulte (famille) <input type="checkbox"/> 25-18 ans (famille) <input type="checkbox"/>
Nom	
Prénom	
Date de naissance	___ / ___ / _____
Adresse	
N° de tél. fixe	
N° de tél. port.	
Adresse e-mail	

1<sup>er</sup> adulte (famille uniquement) : Nom : ..... Prénom : .....

**Adhésion Club**

Choix	Catégorie	A payer
<input type="checkbox"/>	Adulte	25 €
<input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> adulte (famille)	19,5 €
<input type="checkbox"/>	- 18 ans (famille)	15 €

Payé ..... € par chèque  N° \_\_\_\_\_ ; Liquide

## Montailloux VTT Club – Bulletin d'ADHESION/LICENCE 2019

Catégorie	Adulte <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> adulte (famille) <input type="checkbox"/> 25-18 ans (famille) <input type="checkbox"/>
Nom	
Prénom	
Date de naissance	___ / ___ / _____
Adresse	
N° de tél. fixe	
N° de tél. port.	
Adresse e-mail	
N° de licence	

1<sup>er</sup> adulte (famille uniquement) : Nom : ..... Prénom : .....

### **CHOIX FORMULE DE LICENCE**

LICENCE	Choix	Certificat médical de non contre-indication	Auto-questionnaire santé Cerfa N°15699*01
VELO BALADE	<input type="checkbox"/>	Non obligatoire	Non
VELO RANDO	<input type="checkbox"/>	Obligatoire tous les 5 ans ou à la première adhésion (1)	Oui, durant les 4 années intermédiaires (2)
VELO SPORT	<input type="checkbox"/>	Tous les ans	Non

(1) Les certificats médicaux (CM) dont la date est antérieure au 01/01/2016 ne sont plus valables. Pour la première prise de licence CM de moins de 12 mois.

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par mon club (à conserver par l'adhérent).

<p><b>(2)</b> <b><u>Auto-questionnaire santé</u></b> (uniquement formule Vélo Rando)</p>	<p><input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur que toutes les réponses du questionnaire de santé sont négatives</p> <p>Signature :</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Au moins une réponse est positive</p> <p><i>Dans ce cas je fourni un nouveau CMNCI</i></p>
--	---	---

**Date du certificat médical : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_**

## Adhésion club + Licence FFCT + Assurance au choix

	Choix	Catégorie	Adhésion	Licence	Assurance	A payer
Petit braquet	<input type="checkbox"/>	Adulte	25 €	27,50 €	16,50 €	69 €
	<input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> adulte (famille)	19,5 €	12,00 €	16,50 €	48 €
	<input type="checkbox"/>	25 - 18 ans (famille)	15 €	6,50 €	16,50 €	38 €
Grand braquet	<input type="checkbox"/>	Adulte	25 €	27,50 €	64,50 €	117 €
	<input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> adulte (famille)	19,50 €	12,00 €	64,50 €	96 €
	<input type="checkbox"/>	25- 18 ans (famille)	15 €	6,50 €	64,50 €	86 €

Payé ..... € par chèque  N° \_\_\_\_\_ ; Liquide

- Pour les nouveaux adhérents et pour la formule "Vélo sport", **un certificat médical de non contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport est obligatoire**. Pour la formule "Vélo rando", un CMNCI est obligatoire si la date de votre précédent certificat est antérieure au 01/01/2016 ou si l'auto-questionnaire santé comporte au moins une réponse positive.

### **Déclaration du Licencié-Saison 2019**

Je soussigné ..... Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Pour le mineur** représentant légal de ..... Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Licencié de la FFCT à **MONTAILLOUX VTT Club** déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès d'Allianz pour le compte de ses adhérents. Avoir été informé par cette notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité permanente, frais médicaux et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la FFCT.

- Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes :

Indemnité journalière forfaitaire  Complément Décès/Invalidité

- Avoir souscrit au contrat individuel Garanties des Accidents de la Vie (GAV)

Oui  Non

- **Ne retenir aucune option complémentaire proposée**

Fait à : ..... le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du ou des licencié(s)**